

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 10

FACULTÉ DE MÉDECINE

La tuberculose du col utérin

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Décembre 1933

PAR

Nina STEFANESCU, née PENCOFF

Née le 12 Septembre 1909, à Silistra (Roumanie)

POUR OBTENIR le GRADÉ de DOCTEUR de l'UNIVERSITÉ (Mention Médecine)

Examineurs de la Thèse	{	MM. LAPEYRE, professeur, président. COLL DE CARRERA, agrégé. MOURGUE-MOLINES, agrégé. ROUX, agrégé.	}	<i>assesseurs</i>
---------------------------	---	--	---	-------------------

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1933

LA TUBERCULOSE DU COL UTERIN

FACULTÉ DE MÉDECINE

La tuberculose du col utérin

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Décembre 1933

PAR

Nina STEFANESCU, née PENCOFF

Née le 12 Septembre 1909, à Silistra (Roumanie)

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR de l'UNIVERSITÉ (Mention Médecine)

Examineurs
de la Thèse

MM. LAPEYRE, professeur, président.
COLL DE CARRERA, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, agrégé.
ROUX, agrégé.

} *assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicale	GALAVIELLE
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE, asscs.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phtisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUES-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	PUECH
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	LAUX
	N...
	COLL DE CARRERA
	GRANEL
	CARRERE

Examineurs [de la Thèse

MM. LAPEYRE, professeur, président
COLL DE CARRERA, agrégé.

MM. MOURGUE-MOLINES, agrégé.
ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AUX MIENS ET A MES AMIS

Avec toute mon affection.

A MON PRESIDENT

A MON JURY DE THESE

A TOUS MES MAITRES
MONTPELLIERAINS ET BUCARESTOIS

LA TUBERCULOSE DU COL UTERIN

INTRODUCTION

Pour faire ce chapitre de Pathologie, brièvement décrit dans les traités classiques de gynécologie, nous avons surtout passé en revue la plupart des observations cliniques publiées jusqu'à présent et ayant trait à notre sujet.

Nous avons tâché de les rajeunir, de les rajuster aux faits nouveaux.

Que M. le Professeur Lapeyre, qui nous a encouragée dans ce travail, avec toute sa sollicitude et sa bienveillance coutumières, veuille bien trouver ici le tribut de notre gratitude.

Nous remercions vivement M. le Docteur Estor, qui nous a inspiré ce sujet.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555404_0047

HISTORIQUE

Jusqu'au début du siècle dernier la tuberculose génitale de la femme, dans son ensemble, n'avait pas attiré l'attention des auteurs. La localisation isolée au niveau du col, beaucoup plus rare, les avait encore moins préoccupés.

En France, RAYNAUD, en 1831, publie deux cas de tuberculose annexielle et utérine, avec ulcérations du col de même nature.

A la même époque, MORGAGNI, KIWITCH et d'autres signalent aussi la tuberculose génitale.

Puis, pendant une cinquantaine d'années, il y a là-dessus un certain nombre de publications, toutes des découvertes d'autopsies de femmes mortes de lésions pulmonaires très avancées ou de bacillose plus ou moins généralisée, dont quelques-unes avec localisations cervicales. A ce moment, on croyait que le diagnostic sur le vivant était impossible.

Le premier cas de tuberculose du col fut décrit par LISFRANC, en 1842, sous le nom de lésion scrofuleuse du col.

Une année après la découverte du bacille de Koch (1882), CORNIL et BABÈS le trouvèrent dans une ulcération du col. La même année, VERNEUIL aborde la question de la tuberculose utérine primitive, dans une lettre à FOURNIER, et son élève VERCHÈRE fait là-dessus sa thèse : « Portes d'entrée de la tuberculose ».

La première publication clinique est d'HÉGAR.

A partir de 1900, il y a de nombreuses thèses et articles, dans lesquels la description de la lésion du col tient une place plus ou moins importante. Cependant, le nombre de cas publiés a augmenté à mesure qu'on a su mieux rechercher la tuberculose du col ; et, tout en étant rare, elle le devient de moins en moins.

Ainsi, SPAETH, en 1885, ne trouve que six cas de tuberculose du col sur 119 observations de tuberculose génitale. En 1901, GOROWITZ, cite 24 cas et BEYEA 69 cas d'infection tuberculeuse au-dessous de l'orifice interne du col. Puis, en 1905, LANNES-DELHORE publie 47 cas ; en 1906, POLLOSSON et VIOLET 57 cas ; en 1908, CHATON 86 cas ; enfin, en 1919, MOORE évalue le nombre de cas publiés à 170. Mais, dans tous ces cas, la tuberculose n'est pas exclusivement limitée au niveau du col. La plupart du temps, il y a une autre portion du tractus génital ou de l'organisme qui est atteinte.

Aussi, en ce qui concerne la tuberculose primitive du col, le nombre des cas n'a pas augmenté d'une façon aussi sensible ; et si en 1902, BROUHA déclare ne connaître, dans la littérature médicale, que trois cas, et un à lui, actuellement, leur nombre ne paraît pas être au-dessus de vingt.

ETUDE CLINIQUE

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur Lapeyre)

Malade, âgée de 32 ans, cuisinière. Entrée le
2 mars 1932.

Antécédents généraux. — Père mort de tuberculose pulmonaire, mère morte à la suite d'un ictus ; ni frères ni sœurs. Mari en bonne santé. La malade a un bon état général et n'a eu aucune maladie importante.

Antécédents génitaux. — Menstruation : début à onze ans et demi, règles irrégulières, ayant plutôt tendance à retarder, s'accompagnant de malaises, nausées, migraines et douleurs abdominales. Ecoulement très peu abondant, durant une demi-journée. Ménopause à 27 ans, suivie de bouffées de chaleur et de migraines durant trois ans. Pas de grossesse.

Interrogatoire :

Le début de la maladie remonterait à un mois. Il s'est manifesté par des crises douloureuses. Les douleurs débutent par la région lombaire gauche et s'irradient vers les aines, sous forme de crises assez violentes, plusieurs fois dans la journée, durant environ une heure, s'accompagnant de nausées, sans vomissements. Il n'y a aucune perte.

Aux autres appareils, douleurs terminales à la miction et légère constipation.

Examen clinique :

Toucher : col conique, regardant dans l'axe du vagin, dur. Utérus en position indifférente. Culs-de-sac souples. On sent pourtant, à bout de doigt, les annexes, à droite, dans le cul-de-sac de Douglas quelques nodosités. Le toucher est absolument indolore.

Au spéculum : le col présente une érosion granuleuse.

Examens de laboratoire :

Sang : Az. : 0,32 ; B. W., négatif.

Urine : augmentation des chlorures (13 gr. 20 par litre).

Prélèvement aseptique d'urine : ni germes, ni B. K.

Culture sur Agar : staphylocoque blanc par souillure probablement.

Biopsie : existence de follicules tuberculeux avec cellules géantes.

Intervention :

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Petit bassin absolument bloqué par un processus de péritonite adhésive. L'utérus est invisible, recouvert par plusieurs anses grêles l'S iliaque et le fond du cæcum sont intimement agglutinés l'un à l'autre, adhérent aussi aux parois, en particulier au péritoine vésical.

La dissociation est tentée, mais on se rend rapidement compte qu'elle est impossible sans risques de lésions graves des viscères. La paroi de l'S iliaque est légèrement enflammée, la lésion intéressant seulement la séreuse et la musculuse.

On suture la paroi en trois plans et on pratique ensuite l'amputation haute du col.

Les suites opératoires sont normales.

10 mai 1932. Orifice au fond du vagin, largeur 7 mm., hauteur 2 mm., sur la partie supérieure de la fente, liseré rouge, sur la partie inférieure, placard rougeâtre émettant deux prolongements vers la droite.

Au toucher : utérus mobile, en bonne position.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent, à bout de doigt, une sorte d'induration douloureuse du ligament utéro-sacré gauche.

La malade revient dans le service, le 1^{er} février 1933, se plaignant de douleurs en ceinture, à point de départ lom-

baire. Les douleurs sont apparues au mois d'octobre 1932. Elles sont plus marquées le soir que dans la journée et persistent la nuit. Il existe de la contracture musculaire, qui empêche la malade de fléchir le tronc et donne de l'ensellure lombaire.

Examen radiologique :

Les radiographies de la colonne lombaire de face et de profil ne montrent pas d'image nette, pouvant répondre à un mal de Pott, mais on trouve de la sacralisation de la V^e vertèbre lombaire.

On fait quelques séances de diathermie à la malade, qui quitte le service soulagée.

OBSERVATION II

(H. Estor et R. Battle, dans le Sud Méd. et Chir.)

Mme R..., 52 ans, a été vue par l'auteur, pour la première fois le 3 décembre 1931.

Cette malade, qui jouit d'une très bonne santé habituelle, n'a présenté aucune maladie antérieure. Réglée à l'âge de dix-huit ans, elle a été ménopausée à quarante ans. Elle a une fille actuellement âgée de vingt-cinq ans. Aucune autre grossesse, ni fausse-couche dans les antécédents.

Le mari de la malade, actuellement âgé de 58 ans, est en excellente santé.

Le début de la maladie actuelle remonte à deux ans. L'affection s'est manifestée par des pertes utérines abondantes, tantôt sanguinolentes, tantôt d'aspect purulent. Le traitement a consisté, à ce moment, en injections vaginales quotidiennes.

Il y a quatre mois, devant la persistance des divers symptômes, la malade se décide à consulter un médecin. Celui-ci conclut immédiatement à l'existence d'un cancer inopérable du col utérin, et ordonne une application de radium, qui est exécutée dès le lendemain.

Le jour suivant, la température de la malade monte au-dessus de 40°, le radium est enlevé.

Au bout d'un mois, aucune amélioration ne s'étant manifestée, nouvelle consultation chez le même médecin qui, persistant dans son premier diagnostic, conseille une nouvelle

application de radium. Cependant, peu encouragé par le résultat de la première tentative, la malade refuse.

A l'examen (le 3 décembre 1931), le tableau clinique est le même.

Etat local : Le toucher et l'examen au spéculum montrent que le col ne fait qu'une minime saillie à l'intérieur du vagin. Son orifice, à direction transversale, mesure un centimètre environ. On ne perçoit aucune induration cervicale, ni péri-cervicale, les culs-de-sac sont libres, sauf le cul-de-sac droit, où il existe une très légère induration. Les paramètres ne sont pas infiltrés et le corps utérin, dont le fond est difficile à percevoir, paraît avoir sa mobilité normale. Le toucher des culs-de-sac du vagin, la pression au niveau des annexes droites et gauches ne provoque aucune douleur. Une ulcération très superficielle, de 3-4 mm. de diamètre, est visible à la commissure droite de l'orifice cervical. On voit, en outre, s'écouler par le col un liquide purulent jaunâtre, ainsi que des fongosités. Plusieurs tentatives pour pénétrer dans la cavité utérine au moyen d'un hystéromètre, ont totalement échoué. On a la sensation d'une oblitération complète de l'orifice interne du col.

Etat général : L'état général est, par ailleurs, très satisfaisant. L'examen méthodique des autres appareils ne fait constater aucune lésion bacillaire, soit médicale, soit chirurgicale.

La symptomatologie ne permettant pas de confirmer, sans contrôle, le diagnostic de cancer du col, on fait un prélèvement des fongosités intra-cervicales, en vue d'une biopsie.

La biopsie donne les indications suivantes :

« L'examen histologique des fragments envoyés, montre qu'il s'agit manifestement de lésions tuberculeuses. Elles sont caractérisées par la présence, au sein d'un tissu conjonctivo-vasculaire, très infiltré par des leucocytes, de follicules de Köster particulièrement riches en cellules géantes. Les éléments épithéliaux de revêtement ou glandulaires sont complètement défaut » (Dr H. L. GUIBERT).

Après quelques jours d'un traitement médical local (injections vaginales, syntholées, cautérisation du col, etc...), les écoulements hémorragiques ou purulents cessent complètement. La malade décide alors de quitter la clinique à la fin du mois de janvier 1932.

SYMPTOMES

Le début est insidieux. L'affection évolue d'une façon torpide, de sorte qu'on peut avoir l'occasion de la constater à un stade très avancé de la lésion, ou au moment où le processus s'est étendu au corps utérin et surtout aux annexes. Alors, en effet, les signes sont beaucoup plus constants et plus nets.

Il y a même des cas où l'infection a été tout à fait latente et a emporté les malades à un moment donné par granulie ou méningite tuberculeuse.

Cependant, en général, il y a quelques signes qui attirent l'attention et qui ressemblent, le plus souvent, à ceux de la métrite cervicale, mais particulièrement tenaces et récidivants, après un traitement habituel, même énergique ; ou à ceux du cancer du col.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Les signes généraux sont, le plus souvent, absents. « Ces malades sont bien nourries, généralement, et en bonnes conditions physiques » (BEYEA).

Cependant, l'amaigrissement prononcé, la perte des forces et de l'appétit, des frissonnements et de la fièvre vespérale ont été notés dans une observation de POLLOSSON et VIOLET, où une grosse lésion en chou-fleur du col était accompagnée de discrètes lésions, décelables seulement microscopiquement, de la muqueuse utérine et tubaire. C'est surtout l'amaigrissement et l'asthénie qu'on rencontre dans plusieurs observations (2 observ. de DERVILLE), même avec une localisation uniquement cervicale, sans tuberculose annexielle, pleuro-pulmonaire ou autre.

SIGNES FONCTIONNELS :

Les troubles fonctionnels sont variables et souvent

en rapport avec la propagation de l'affection à d'autres points du tractus génital.

La leucorrhée paraît être le signe le plus constamment rencontré. Elle manquait dans l'observation I, mais, dans l'observation II, la malade présentait, comme seul trouble, des pertes utérines abondantes, tantôt purulentes, tantôt sanguinolentes, depuis deux ans.

Cette leucorrhée peut être de faible importance, abondante ou profuse, plus ou moins continue et rebelle. Le liquide peut être muqueux épais, cailleboté, muco-purulent ou purulent ; blanc jaunâtre, tachant le linge, ou vert pistache ; glaireux ou sanieux ; inodore ou fétide.

A une période avancée des lésions, on peut trouver dans les pertes leucorrhéiques des grumeaux caséux pathognomoniques (FORGUE et MASSABUAU), mais signe très tardif. Ces pertes sont quelques fois teintées de sang ou contiennent, de temps en temps, des caillots, ou deviennent, par intervalles, nettement sanguinolentes (obs. II).

La leucorrhée est, en général, associée à d'autres troubles fonctionnels ; peut exister seule au moins un certain temps et peut enfin faire complètement défaut (obs. II).

En somme, ce signe, considéré comme le plus constant, est trop variable pour être précieux.

TROUBLES MENSTRUELS.

L'aménorrhée est le plus fréquemment rencontrée. Elle peut être un signe révélateur. Parfois elle est primitive. Il s'agit alors de femmes qui n'ont jamais été réglées (cas de CHATON) et qui ont souvent un utérus hypoplasique infantile. Leurs antécédents sont

très chargés, ou il y a des lésions ovariennes concomitantes. La stérilité est la règle dans ces cas-là.

Parfois ces malades ont été réglées très tard. Une malade de MICHAELIS a été réglée à dix-sept ans et a, dans ses antécédents, sa mère morte de phtisie. Une autre, de GOTTSCHAEK, a été réglée à l'âge de trente ans et a un père tuberculeux. Les deux malades étaient nullipares. Une autre, de VINEBERG, réglée à douze ans, et régulièrement, avec des antécédents négatifs, avait neuf enfants. Aussi, tout retard dans l'apparition de la puberté, doit faire penser à la tuberculose génitale (PESTALOZA).

L'aménorrhée peut s'installer secondairement, au cours d'une vie génitale qui paraissait tout-à-fait normale. C'est surtout dans ces cas qu'on a trouvé, après une intervention chirurgicale ou à l'autopsie, des lésions annexielles. Dans l'obs. I, la malade était ménopausée depuis l'âge de 27 ans, était nullipare et avait des lésions de péritonite adhésive.

Dans tous ces cas, dans les périodes où les femmes étaient réglées, leurs règles ont été peu abondantes, irrégulières, espacées ou de courte durée (d'une demi-journée dans l'obs. I).

Les métrorrhagies et les règles abondantes, profuses, survenant à des intervalles rapprochés, peut-être moins fréquentes que l'aménorrhée, sont loin d'être exceptionnelles.

L'hémorragie peut être le premier signe qui survient à la suite d'un traumatisme génital (une fausse couche dans le cas publié par BENDER), étant plus ou moins persistante et abondante. Enfin, la ménorrhagie ou la métrorrhagie peut s'être installée spontanément et avoir été le premier symptôme, le seul pour lequel la malade va consulter le médecin.

Selon un certain nombre d'auteurs (POLOSSON et VIOLET, et, plus récemment, en 1931, BONNET et BULLIARD), les meilleurs signes de l'affection seraient les règles profuses et excessives et surtout les petites pertes à l'occasion d'un traumatisme local : examen ou coït. Dans une observation de BONNET et BULLIARD, la malade présentait ce signe, mais le début des hémorragies remontait à trois ans. Car ces petites pertes sont aussi un excellent signe de cancer au début.

Les métrorragies se voient surtout dans les formes végétantes, d'où la ressemblance encore plus prononcée avec le cancer.

La dysménorrhée se rencontre aussi, le plus souvent associée à d'autres troubles menstruels et surtout aux règles irrégulières et abondantes. Cependant, elle a été mentionnée (MATHEW) isolée, chez une négresse qui avait une tuberculose du col étendue, avec corps et annexes respectés.

Tous les auteurs signalent enfin des malaises, de la pesanteur dans le bas-ventre, des douleurs vagues et irrégulières ou par crises assez violentes et répétées (obs. I). Mais, lorsque ces symptômes existent, il y a, habituellement, une atteinte assez étendue des voies génitales. Une douleur sacrée assez limitée paraît être plus spécialement liée à la lésion cervicale. C'est dans ces cas de tuberculose étendue qu'on rencontre parfois des vomissements, de la diarrhée, du ténesme anal, des troubles vésicaux (douleurs terminales à la miction dans l'obs. I).

En somme, en dehors de la leucorrhée, des pertes sanguines et peut-être de la douleur sacrée, les autres signes fonctionnels, quoique décrits dans des cas de tuberculose du col, semblent non seulement ne pas lui appartenir en propre, mais lui être complètement

étrangers et uniquement en rapport avec la coexistence d'autres localisations bacillaires.

SIGNES PHYSIQUES :

Toucher : Le doigt rencontre un col gros, épaissi en entier ou en partie, induré ou ramolli, selon l'état de la lésion. Sur une lèvre du col, ou les deux, il peut rencontrer une ou plusieurs ulcérations et, exceptionnellement, il peut sentir tout autour, des granulations comme des grains de plomb enchâssés dans la muqueuse. C'est la forme ulcéreuse.

Au lieu de cela, on peut arriver sur une masse végétante, occupant plus ou moins le fond du vagin, en chou-fleur, s'insérant sur le museau de tanche ou au niveau de la portion orificielle de la muqueuse cervicale ; elle est, en général, friable, se laisse entamer par l'ongle, saigne facilement. Le doigt revient le plus souvent taché de sang. C'est la forme végétante, celle qu'on confond plus spécialement avec le cancer, les caractères différentiels des deux affections n'étant basés que sur des nuances. Elle est rare à l'état pur et les végétations portent fréquemment des ulcérations.

Enfin, le doigt peut arriver, à travers un orifice externe du col, bétant, sur des productions polypeuses intra-cervicales, molles, qui se distinguent des polypes par leur surface irrégulière et mûriforme. C'est la forme polypeuse intra-cervicale. Ces végétations peuvent obstruer la cavité du col et déterminer la pyométrie (cas de POLLOSSON et VIOLET).

Au speculum. : L'examen au speculum sert surtout pour faire préciser l'aspect des ulcérations, tandis que le toucher fait apprécier plutôt les formations végétantes.

Les ulcérations peuvent se présenter, soit sous la forme d'érosions, qui saignent facilement, soit sous la forme d'une ou plusieurs petites ulcérations lenticulaires, comme résultant de la rupture de vésicules d'herpès ou assez étendues à contour polycyclique, par confluence de plusieurs petites. Les bords sont taillés à pic, quelquefois déchiquetés et décollés ou anfractueux. Le fond est rose vif, granuleux, bourgeonnant, laissant suinter un liquide jaunâtre ou verdâtre, et présentant souvent des point blanchâtres. Les lèvres du col sont éversées parfois circulairement, formant un ectropion plus ou moins considérable. Parfois l'ulcération est très étendue et très profonde, rongant toute une lèvre du col et formant un vrai cratère (obs. BROUHA). Tout autour des ulcérations, on voit souvent des granulations miliaires translucides ou opaques, grisâtres ou jaunâtres en voie de ramollissement et d'élimination.

Enfin ces granulations peuvent constituer, à elles seules, toute la lésion. Il s'agit alors de la forme miliaire, rare au niveau de la muqueuse cervicale et surtout du museau de tanche. Lorsque ce dernier est envahi, il y a souvent aussi un semis de granulations sur la muqueuse du vagin.

Toute cette symptomatologie paraît assez riche pour qu'on puisse poser un diagnostic clinique. Cependant, ces signes si nombreux qu'on a décrits sont très variables et cette variabilité fait qu'en réalité le diagnostic soit des plus difficiles.

DIAGNOSTIC POSITIF

La plupart des auteurs sont d'accord, que, pour poser le diagnostic de tuberculose du col, il faut sur-

tout y songer. Certains éléments peuvent venir en aide.

Dans les antécédents héréditaires et collatéraux se trouvent souvent des atteintes bacillaires fort variées, dans les commémoratifs de ces malades, des lésions tuberculeuses parfois très lointaines et guéries, du moins en apparence, en des points très divers du corps, parfois en pleine évolution. Au niveau de l'appareil génital, l'existence de certains phénomènes anormaux, établis depuis la puberté, ou secondairement, peuvent être de quelque secours.

Mais encore, les antécédents n'ont-ils qu'une valeur relative, étant donné qu'on rencontre des tuberculoses du col sans qu'il soit possible de déceler la moindre trace de bacilliose récente ou ancienne, et que ce fait a pu servir seulement à induire en erreur certains cliniciens (cas de BENDER). C'est dans ces cas, pas fréquents il est vrai, mais les plus intéressants, de tuberculose primitive du col, qu'il ne faut pas oublier de rechercher la tuberculose génitale ou pulmonaire chez le mari.

D'autre part, des atteintes certaines et même sérieuses de tuberculose peuvent être accompagnées de métrite banale, et alors on serait porté à faire l'erreur inverse.

Les *signes généraux* : amaigrissement, perte de l'appétit et des forces, poussées fébriles, sueurs nocturnes, qui témoignent de l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme, n'ont aussi qu'une valeur relative ; la tuberculose du col étant souvent accompagnée d'un bon état général et ces signes étant, habituellement, en rapport avec une autre localisation.

Quant aux *signes fonctionnels*, leucorrhée et pertes sanguines, considérés, en général, comme étant les

meilleurs, peuvent l'être, en effet, dans certaines circonstances. Ainsi, on pourra songer à la tuberculose du col devant des signes de métrite qu'une infection gonococcique, post-partum ou post-abortum, ne peuvent expliquer, devant des pertes sanguines dont le début remonte à des mois et des années (trois ans dans le cas de BONNET et BULLIARD), avec une excellente santé par ailleurs.

Les *signes physiques* ne peuvent guider qu'en un certain nombre de cas, où la lésion a un aspect caractéristique, ou, du moins, un peu particulier, qui fait mettre en doute le diagnostic des affections courantes. Mais, l'aspect des lésions est loin d'être constamment caractéristique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il est à faire avec plusieurs affections, qui sont loin d'avoir la même importance.

Chancrè syphilitique. — Il est assez rare au niveau du col, aussi les occasions d'erreur doivent être peu fréquentes. Il se présente sous l'aspect d'une dépression en godet, assez lisse et régulière, entourée d'un bourrelet induré plus ou moins net (J. L. FAURE). Ou bien comme une érosion sans bords, de couleur rouge musculaire (FOURNIER). Il a une évolution caractéristique et il est suivi par la roséole.

Les gommes syphilitiques ont pu aussi être une cause d'erreur. Dans un cas de ZWEIFEL, une malade présentait une lésion du col et avait un mari syphilitique. Il pensa qu'il s'agissait d'une gomme et appliqua un traitement d'épreuve, qui fut tout-à-fait inefficace. L'examen histologique avait montré que ce n'était pas un cancer et l'inefficacité du traitement,

que ce n'était pas une gomme. Le diagnostic de tuberculose du col fut alors porté.

Adénome du col. — La confusion est surtout possible avec la forme végétante. Mais une sécrétion glaireuse, jaune ambrée, gélatineuse, paraît assez spéciale à l'adénome. En plus, il est moins hémorragique que les végétations tuberculeuses.

Métrite cervicale. — Quoique dans la métrite, les phénomènes inflammatoires sont plus marqués, la rougeur plus diffuse, les ulcérations plus superficielles, des cas de tuberculose du col ont pu être pris pour des métrites, surtout compliquées d'ectropion ou d'érosions, d'autant plus que l'ulcération tuberculeuse peut prendre l'aspect d'une érosion simple ou d'une ulcération superficielle (cas de BENDER), et que des hémorragies peuvent accompagner certaines métrites intenses.

De même, les productions polypeuses intra-cervicales peuvent facilement être confondues avec les productions papillaires de certaines endo-métrites végétantes, où la nature ne peut être déterminée qu'à l'examen histologique ; ou bien, avec des polypes muqueux, qui se distinguent cependant par leur aspect lisse et uni.

L'erreur avec le cancer est autrement fréquente, et depuis que la question de la tuberculose a été l'objet d'études et de publications, elle est citée constamment, d'autant plus que « le cancer est aussi commun que la tuberculose est rare » (J. L. FAURE). Cette erreur n'a pas manqué dans l'observation II. Il semble même qu'un certain nombre de cancers guéris par des interventions limitées, n'aient été que des tuberculeuses méconnues. Il existe cependant des différences entre les deux affections, tant au point de vue

de leur apparition et de leurs signes qu'au point de vue de leur évolution.

L'âge de la malade a une certaine importance. La tuberculose se rencontre surtout chez des jeunes femmes, en pleine activité génitale ; le cancer apparaît, surtout, après la ménopause.

Cette division vouant les jeunes femmes à la tuberculose et les femmes âgées au cancer, est loin d'être absolue. Le cancer n'est pas exceptionnel chez les jeunes et la tuberculose a pu être observée à 79 ans (cas de KAUFMANN).

Les femmes atteintes de tuberculose du col sont souvent nullipares et même vierges, le cancer est surtout l'apanage des multipares.

Les principaux signes des deux affections, hémorragies et leucorrhée, ont également des caractères un peu particuliers. Les hémorragies sont, d'une façon générale, plus importantes et plus persistantes dans le cancer.

Lorsqu'à une période avancée elles sont remplacées par les « eaux rousses », liquide séreux teinté de sang, marquant sur le linge avec un liseré sanguinolent autour et devenant progressivement très fétide, la différence est grande avec la leucorrhée tuberculeuse, souvent glaireuse ou nettement purulente. Mais celle-ci peut être également hydropurulente, sanieuse, fétide, celle du cancer peut devenir purulente par infection secondaire et les caractères distinctifs finissent par n'être plus basés que sur des nuances.

De même, l'absence de douleurs dans le début de l'évolution du cancer et la présence de douleurs spontanées à type névralgique, lorsque le paramètre est envahi, paraissent s'opposer aux douleurs pelviennes vagues, aux pesanteurs, aux malaises assez souvent

rencontrées dès le début de la tuberculose. D'autre part, le toucher indolore dans le cancer, paraît être souvent très sensible dans la tuberculose (VITRAC).

En ce qui concerne les signes physiques, la différenciation présente au moins tout autant de difficultés. Toutes les formes de tuberculose du col, sauf la forme miliaire, peuvent prendre l'aspect, soit d'une ulcération néoplasique, soit d'un cancer en chou-fleur. Cependant, les lésions tuberculeuses sont moins irrégulières, saignent moins facilement et sont mieux limitées. Souvent, tout autour de la lésion, la muqueuse présente sa souplesse et sa mobilité normales, quelle que fût la modification et l'hypertrophie du col. Enfin, l'induration est moins accentuée et pas constante. Les cols tuberculeux sont quelquefois de consistance normale et quelquefois mous.

L'état général, dans la tuberculose du col est habituellement peu ou pas atteint et son altération, si elle existe, est surtout due à l'évolution concomitante d'une autre lésion tuberculeuse, qui peut parfois faire deviner la nature de l'affection du col. Tandis que dans le cancer l'altération de la santé est beaucoup plus précoce et plus profonde.

Enfin, l'évolution très lente, la longue durée de la maladie doivent faire écarter le diagnostic de cancer qui, généralement, évolue beaucoup plus rapidement. On pourra penser à la tuberculose, surtout lorsque le début des troubles remonte à des années, sans que les lésions paraissent assez étendues et sans que la santé soit touchée.

EVOLUTION

Les lésions abandonnées à elles-mêmes, ont tendance à progresser et à s'étendre. Elles peuvent en-

vahir différentes portions du tractus génital ou se généraliser.

Le plus souvent, elles s'étendent vers le corps utérin et il devient difficile alors d'établir si le point de départ est utérin ou cervical, sauf dans certains cas, où une lésion avancée du col est accompagnée de discrètes lésions utérines (cas de POLLOSSON). De là, la propagation peut se faire aux annexes, et on obtient la forme cervico-utéro-annexielle, décrite par CHATON. Le corps utérin peut être seul envahi, ou il peut y avoir discontinuité des lésions, qui gagnent les annexes avec utérus sain (cas de BONNET et BULLIARD, où la lésion cervicale était associée à une tuberculose localisée à un fragment épiploïque et un ovaire avec le reste de annexes et le corps utérin intact).

Plus rarement, les lésions s'étendent du côté du vagin et on obtient alors la forme cervico-vaginale, sur laquelle insiste DERVAUX, qui croyait même qu'il n'y a pas de tuberculose vaginale sans extension préalable venant du col. On admet actuellement que la tuberculose du vagin est plus fréquente que celle du col.

PRONOSTIC

Le pronostic dépend, comme dans toutes les tuberculoses, de la forme de l'infection et du terrain.

Il dépend encore de l'étendue des lésions sur le reste de l'appareil génital et de leur localisation sur d'autres points de l'organisme, et de l'état de ces foyers. Dans la plupart des observations, les malades succombent à cause d'une tuberculose pulmonaire avancée ou d'une méningite tuberculeuse, et non pas de leur tuberculose du col. Cependant, on signale la récurrence sur la plaie d'hystérectomie (trois semaines

après celle-ci, ZWEIFEL). Dans un cas de POLLOSSON et VIOLET, la malade a succombé quatre mois après une hystérectomie totale assez laborieuse et après être rentrée chez elle complètement guérie, à une hémorragie foudroyante, précédée, quinze jours auparavant, d'une autre, très importante. L'auteur suppose qu'il s'agissait d'une récurrence qui a ulcéré une branche de l'utérine ou l'utérine elle-même.

TRAITEMENT

Il y a à envisager le traitement général et le traitement local.

Le *traitement général* est celui de n'importe quelle tuberculose. Il n'est qu'accessoire dans la tuberculose du col, surtout lorsque celle-ci est primitive. Il reprend tous ses droits lorsqu'il existe d'autres localisations tuberculeuses dans l'organisme, des récurrences ou la généralisation.

Le *traitement local* varie d'après l'étendue des lésions. Si les lésions cervicales sont très localisées à une zone réduite et paraissent être primitives, on peut se contenter de les détruire. Telle l'observation II.

A cet effet, le meilleur procédé paraît être la destruction au thermo-cautère, recommandée par J. L. FAURE, ou bien au galvano-cautère ou électro-coagulation. Cette dernière présente l'avantage d'une destruction avec minimum d'hémorragie et sans risques d'inoculation. C'est cette crainte de l'inoculation qui fait rejeter le curettage des lésions.

Si les lésions, tout en étant étendues, ne paraissent pas dépasser les limites du col, l'amputation de celui-ci paraît donner de bons résultats (obs. I). Il faut cependant être sûr que la section se fait au niveau du

tissu sain, en dépassant les limites des lésions. A cet effet, elle doit être aussi haute que possible, pour éviter les récidives. Si les lésions sont étendues plus au moins près des culs-de-sac vaginaux ; si le corps est envahi ou qu'il y ait d'autres lésions associées (annexite, pelvi-péritonite, etc.), il faut pratiquer l'hystérectomie totale, de préférence par voie abdominale (J. L. FAURE). Celle-ci permet de se rendre compte de l'étendue des lésions et de faire une opération plus complète et moins aveugle. Quant au drainage, il paraît ne pas favoriser la formation de fistules si l'exérèse est suffisante (BONNET et BULLIARD et leur obs. I).

Enfin, le radium a été appliqué dans certains cas par erreur, la biopsie étant faite au moment de l'application. Ainsi, il a été utilisé dans deux cas par AHUMADA. Dans l'un d'eux, le résultat a été très favorable, une cicatrisation presque complète d'une ulcération étendue du col ayant été obtenue en deux mois. Dans un cas (BONNET et BULLIARD), où il s'agissait d'une coexistence de cancer et de tuberculose, la lésion tuberculeuse n'a pas du tout été influencée par le radium. Dans l'observation II aussi, les résultats ont été tout-à-fait nuls.

Enfin, un cas de CUZZI, cité par DANIEL, de tuberculose du corps, traitée par rayons X, a évolué vers la guérison complète, suivie de grossesse.

Dans les cas publiés de tuberculose du col, les malades, en général, ne sont pas suivies assez longtemps pour pouvoir tirer des conclusions précises sur les suites éloignées. Cependant, quelques malades paraissent avoir été complètement guéries, surtout dans les cas où la lésion du col apparaissait primitive,

DIAGNOSTIC PAR LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Grâce aux méthodes de laboratoire, d'ailleurs de valeur inégale, on peut poser, dans la plupart des cas, le diagnostic avec certitude.

Certaines n'indiquent que la présence des bacilles de Koch dans l'organisme. Ce sont les moins précieuses, en ce qui concerne la tuberculose du col, où la lésion est sous les yeux.

La réaction de fixation du complément de BESREDKA, employée pour préciser la nature tuberculeuse d'une salpingite suspecte (DOUAY et Mlle IEPUREANO), quoi qu'elle soit positive chez 30 % des syphilitiques non tuberculeux (BESREDKA) et négative dans certains cas nettement tuberculeux, positive elle peut apporter un élément de plus pour préciser la nature d'une lésion du col.

Le séro-diagnostic d'ARLONG et COURMONT a la même signification que la réaction de BESREDKA. Cependant, COTTE s'est basé sur lui seul pour affirmer l'existence de la forme inflammatoire de la tuberculose du col.

Quant à la réaction à la tuberculine, elle n'est citée dans aucune observation, et son extrême sensibilité (positive chez 90 % des adultes) explique l'insuffisance des renseignements qu'elle peut apporter.

Les examens de laboratoire s'adressant à la lésion même, apportent beaucoup plus de certitude. La recherche directe du bacille de Koch dans les sécrétions cervicales, a l'inconvénient d'être, le plus souvent, négative, en raison du petit nombre de bacilles qui s'y trouvent en général. Cependant, si on trouve des bacilles, on peut affirmer la tuberculose du col. Telles deux observations de Derville : dans l'une, on a trouvé de nombreux bacilles dans la sécrétion muco-purulente ; dans l'autre, quelques bacilles dans les sécrétions, après plusieurs examens.

L'inoculation au cobaye, si précieuse pour certaines localisations tuberculeuses, perd ici un peu de sa valeur, en raison de l'abondance de la flore vaginale, qui infecte souvent profondément le cobaye et le tue avant de le tuberculiser.

Enfin, la méthode de choix pour la tuberculose du col est la biopsie. A l'examen microscopique, on peut trouver des bacilles de Koch sur les coupes et surtout des follicules et des cellules géantes, en somme, toutes les formations qui suivent dans le chapitre « Anatomie Pathologique »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après ROKITANSKY, la tuberculose de l'utérus se localise à la muqueuse du corps et s'arrête à l'orifice interne, laissant le col et la cavité cervicale pour le cancer. Cet auteur niait donc la possibilité de la localisation cervicale de la tuberculose qui, depuis, a été admise avec certitude. Il n'est pas moins vrai que cette opinion est juste pour la majorité des cas, et que la localisation au col reste l'exception. Lorsqu'elle existe, le siège de la lésion est surtout au niveau de l'orifice externe, s'étendant de là vers la portion vaginale et cervicale qui, le plus souvent, sont atteintes ensemble.

Moins fréquemment, la lésion siège sur la portion vaginale seule, et encore plus rarement sur la portion cervicale isolément.

Cependant, d'après BONNET et BULLIARD, c'est la muqueuse endo-cervicale qui paraît offrir le moins de résistance à l'infection tuberculeuse, et si les lésions sont plus fréquemment constatées au niveau du museau de tanche, histologiquement on les rencontre très souvent au niveau de la muqueuse endo-cervicale.

AU NIVEAU DU MUSEAU DE TANCHE :

Il y a à décrire : une forme miliaire, une forme ulcéreuse et une forme végétante ou papillomateuse.

FORME MILIAIRE. — La forme miliaire est celle qu'on rencontre le plus rarement.

Elle représente soit une localisation tout-à-fait au début, soit secondaire, dans les cas de tuberculose avancée et plus ou moins généralisée. Elle est constituée par des granulations telles que celles qu'on rencontre dans tout autre organe au cours des granulies.

Ces granulations sont, soit héli-sphériques, plus ou moins saillantes, soit plates, au même niveau que la muqueuse, de nombre et dimensions très variables, pouvant être confluentes ou plus ou moins isolées, transparentes, jaunâtres, si elles ont subi le processus de caséification, ou déprimées et exulcérées.

Microscopiquement, il s'agit de follicules tuberculeux à divers stades de leur évolution, qui se trouvent dans le chorion sous-muqueux, dans le tissu conjonctif inter-glandulaire, inter-musculaire et le long des vaisseaux. Ceux qui siègent profondément peuvent dissocier les faisceaux musculaires entre lesquels ils se trouvent. Les follicules sont recouverts par l'épithélium parvimenteux du museau de tanche. Ils ont la structure classique de tous les follicules de KÖSTER : cellule géante entourée de cellules épithélioïdes, et enfin des cellules lymphoïdes à la périphérie.

FORME ULCÉREUSE. — La forme ulcéreuse est la plus fréquente. Sur les 57 observations de POLLOSSON et de VIOLET, elle était en cause 24 fois, donc, à elle seule, elle englobait presque la moitié des cas, laissant l'au-

tre moitié aux autres formes réunies. Cependant elle n'est pas toujours isolée et, assez souvent, elle a été rencontrée associée à des granulations.

Dans ce cas, on trouve à l'examen une ulcération du col, avec, tout autour, sur fond rosé, un semis de points jaunes ; ou des productions véruqueuses, ou des bourgeons charnus, qui se développent sur les bords ou le fond des ulcérations.

Cependant, on fait entrer ces cas dans la forme ulcéreuse, avec tous ceux où c'est l'ulcération qui occupe la place importante dans l'ensemble de la lésion. D'autre part, on peut trouver quelques érosions sur les productions végétantes, ou de toutes petites ulcérations résultant de l'évolution d'une granulation miliaire. Mais, comme ici ce n'est pas l'ulcération qui constitue la lésion dominante, ces cas entrent dans la forme correspondante.

L'ulcération a ordinairement des caractères un peu particuliers, qui la distinguent des autres ulcérations du col. Elle est, en général, unique, plus ou moins étendue sur une ou sur les deux lèvres du col ; ou bien il y en a deux ou plusieurs. Les bords sont irréguliers, polycycliques, déchiquetés, anfractueux, taillés à pic ou décollés. Le fond est rouge vif ou foncé, ou sa teinte va du blanc au jaune. Cette ulcération s'étend en surface et en profondeur. Ainsi on peut la voir gagner la muqueuse vaginale ou du corps utérin, ou envahir la musculature du col, formant une véritable caverne. Outre cette ulcération caractéristique, on peut en trouver d'autres d'aspect tout-à-fait banal.

Tel est le cas d'une malade de BENDER, où l'ulcération était « fort peu excavée, à fond sans pointillé jaunâtre et sans vérucosité ».

En somme, le type de l'ulcération métritique simple. L'aspect de la lésion lui paraissait tellement caractéristique, que, contrairement à son habitude de songer à la tuberculose génitale, dont il avait eu l'occasion de voir plusieurs cas, et de faire presque systématiquement la biopsie, il n'en fit pas dans ce cas. Le résultat de l'examen histologique, après la résection du col, fut pour lui une surprise.

En somme, macroscopiquement, on peut arriver à établir la nature tuberculeuse d'une ulcération, ou on peut la soupçonner dans les cas où elle présente quelques caractères spéciaux ; mais il peut être impossible d'y penser dans les cas où ces caractères n'existent pas.

Microscopiquement, on trouve des follicules à divers stades de leur évolution, qui siègent, comme dans la forme miliaire, dans le chorion sous-muqueux et le tissu conjonctif inter-glandulaire et inter-musculaire, richement vascularisé et infiltré par des lymphocytes. En général, cette infiltration est beaucoup plus étendue que ne le laisseraient supposer les dimensions de l'ulcération. L'épithélium malpighien peut être intéressé, ulcéré, disparu (obs. II). Mais, dans le voisinage, on peut rencontrer des phénomènes d'hyperplasie (POLLOSSON et VIOLET) avec papilles plus développées et prolongements épithéliaux interpapillaires dans les tissus conjonctifs, pouvant être séparés, dans leur continuité, par des ponts conjonctifs et rappeler les productions néoplasiques.

ALTERTHUM dit avoir trouvé dans un cas de tuberculose du col, en dehors des modifications déjà mentionnées, une disposition concentrique, imbriquée de cellules épithéliales, rappelant les globes épidermiques.

A propos de ce cas, on pourrait signaler enfin, les quelques cas où on a trouvé le cancer associé à la tuberculose, soit que les deux lésions occupaient des points différents, soit qu'on les ait trouvées au même point, évoluant ensemble. Très peu de cas de ce genre ont été signalés. Dans un cas YOUNG, il y avait un col cancéreux et, dans son épaisseur, deux nodules tuberculeux de la grosseur d'une cerise.

Les glandes subissent des modifications non moins importantes que l'épithélium. Elles tendent à disparaître (obs. II), ou peuvent être le siège d'une prolifération anormale, d'hypertrophie et de métaplasie cellulaire (Pollosson et Violet et en 1931 Bulliard confirme).

Elles sont plus ou moins dilatées, prennent un aspect dendritique. Il y a parfois 2-3 couches d'épithélium, les noyaux cellulaires ne sont plus sur la même ligne, mais la membrane basale des tubes glandulaires n'est pas rompue (Alterthum), et, surtout, la présence de follicules tuberculeux écarte la tendance qu'on aurait à prendre ces lésions pour des productions néoplasiques.

Outre les lésions dues à l'atteinte bacillaire, on peut trouver encore celles d'une inflammation banale, dues à l'infection secondaire des ulcérations et surtout des bourgeons charnus. Dans ce cas, le col prend un aspect hypertrophique, dû à l'infiltration de la muqueuse par des polynucléaires et surtout un important œdème inflammatoire de la couche musculaire. C'est ce que Bonnet et Bulliard proposent d'appeler la forme hypertrophique ulcéreuse.

FORME VÉGÉTANTE OU PAPILLOMATEUSE. — Il s'agit de tumeurs bourgeonnantes, mûriformes, du volume

d'une cerise, d'une noix ou d'une pomme ; plus ou moins pédiculisées, friables et quelquefois à surface saignante.

Elles présentent l'aspect en chou-fleur de certains épithéliomas, dont elles diffèrent, en général, par la consistance qui, au lieu d'être ligneuse, est mollé ou souple et élastique de même que le reste du col qui est décoloré et tranche avec la coloration rouge vif ou foncé de ces végétations.

Microscopiquement on trouve des papilles recouvertes d'un épithélium épais, formé par des cellules cylindriques hautes et renfermant de nombreuses glandes sinueuses dont la disposition rappelle un adénoïde. Entre elles le stroma est infiltré par de nombreux follicules tuberculeux.

AU NIVEAU DU CANAL CERVICAL

Au niveau du canal cervical on rencontre les mêmes formes, au niveau de la muqueuse, avec les mêmes caractères macroscopiques et histologiques, qu'au niveau du museau de tanche.

La lésion est naturellement moins évidente que dans les cas où elle siège sur ce dernier. La forme végétante cependant, présente des bourgeons mous, saignants, semblables à des polypes, raison pour laquelle on l'appelle polypeuse, mais qui sont irréguliers et mûriformes, ce qui les distingue des polypes banaux, et qui remplissent et dilatent la cavité cervicale. L'orifice externe du col est béant et permet le passage du doigt (obs. BEYEA).

En dehors de ces formes qui, en somme, n'ont rien de particulier sur celles du museau de tanche, si ce

n'est leur siège, il y a lieu de signaler la forme catarrhale de SCHUTT.

Le seul cas certain paraît être celui de l'auteur qui l'a décrite. Cependant, l'observ. II paraît pouvoir être rattachée à cette forme.

Dans le cas de SCHUTT, les lésions étaient localisées à l'épithélium superficiel, qui était représenté par une rangée de cellules granuleuses aux limites peu distinctes et aux noyaux mal colorés, et aux glandes, qui étaient très développées, dont la lumière était remplie de masses troubles, grisâtres et dont l'épithélium était formé de cellules altérées et mal colorées, un très petit nombre ayant conservé leur aspect normal.

La malade de SCHUTT était une femme enceinte, qui avait une tuberculeuse caséuse des voies urinaires et à l'autopsie de laquelle on trouva quelques granulations caséuses sur l'utérus et des granulations miliaires récentes sur les méninges, le foie, la rate, la thyroïde, le rein. Aussi la tuberculose du col devait occuper une bien petite place dans le tableau clinique de cette granulie.

DANS L'ÉPAISSEUR DU PARENCHYME CERVICAL

Dans l'épaisseur du parenchyme cervical, on rencontre une seule forme, la forme interstitielle de CHATON. Celle-ci est d'ailleurs très rare, mais cependant a été bien individualisée, quoiqu'elle n'ait été en cause que dans un petit nombre de publications (quatre dans la thèse de CHATON). Dans l'un des cas de CHATON, la malade, qui avait le col à la vulve, entre à l'hôpital avec le diagnostic de prolapsus. A la section du col, on tombe sur des noyaux blancs-

jaunâtres, caséeux. Dans une observation de DANIEL et BABÈS (Société de Gynécologie de Bucarest, 1924, citée par CROLL, sous le titre de « métrite interstitielle hypertrophique »), le col et le corps étaient hypertrophiés. Dans la cavité corporéale, il y avait une tumeur comme une petite pomme, implantée sur la paroi postérieure et occupant toute la cavité. A ce niveau la muqueuse était végétante. A la section, il y avait des petites cavités du volume d'un grain de mil, jusqu'à celui d'un grain de chanvre, remplies de pus jaune-verdâtre bien lié, surtout dans l'épaisseur de la musculuse.

Macroscopiquement aussi, le diagnostic en est-il presque impossible avec l'hypertrophie simple du col. Celui-ci présente une hypertrophie importante avec muqueuse intacte. A la coupe, le col est bourré de nodules tuberculeux à divers stades de leur évolution, dont quelques-uns caséeux, blanc-jaunâtre.

Histologiquement, en dehors des nodules tuberculeux, avec leur structure habituelle, intacts ou remplacés par des zones nécrotiques, on trouve une très importante réaction hyperplasique dans le tissu fibromusculaire de la paroi cervicale, et c'est cette réaction hyperplasique qui donne l'aspect caractéristique volumineux du col. A un stade plus avancé, les lésions s'étendent et sont le point de départ d'ulcérations étendues et de fistules. Aussi, se trouve-t-on à ce moment en face de la forme ulcéreuse, l'ulcération tenant la place dominante de la lésion.

La forme interstitielle prend ainsi la place d'une forme de début et transitoire, qui n'est caractéristique que par le siège initial des lésions, sans rien présenter de spécial au point de vue anatomo-pathologique.

Comme une variante de la forme interstitielle de CHATON, on peut citer la forme infiltrante, caractérisée par des lésions interstitielles, envahissant tout le col, muqueuse et musculuse, aboutissant à des ulcérations et fistules. Elle serait le plus fréquemment rencontrée, d'après DANIEL.

Enfin, COTTE a décrit une forme tout-à-fait à part, la forme inflammatoire néoplasique, basée sur un seul cas, et dont l'existence n'est admise que sous de sérieuses réserves. Il s'agissait d'une femme de vingt-trois ans, sans antécédents héréditaires suspects, de santé délicate, avec des règles régulières mais douloureuses et pertes blanches dans l'intervalle.

La maladie avait commencé deux mois après quelques rapports sexuels avec un sujet bien portant et s'était manifestée par des métrorrhagies, perte de l'appétit, constipation opiniâtre et anémie prononcée. Le seul signe suspect consistait dans l'existence de quelques ganglions cervicaux.

Le col était hypertrophié et dur, la muqueuse épaissie, infiltrée, sur les lèvres existait un éctropion marqué, pas d'ulcération. Utérus gros, mobile annexes volumineuses, empâtées, non douloureuses. L'examen histologique du col excisé partiellement était négatif, mais le séro-diagnostic d'ARLOING était positif à 1/5, 1/10, 1/15.

Dans cette forme, la lésion consiste en une hyperplasie glandulaire, avec épithélium cylindrique très élevé, avec les tissus sous-muqueux et péri-glandulaire également hyperplasiés et envahis par la sclérose, donnant un col hyperplasique et scléreux. Mais il n'y a pas de lésion spécifique, par conséquent pas la signature de la nature tuberculeuse, de la lésion. Aussi pourrait-on interpréter cette

inflammation du col comme une réaction de voisinage, l'utérus et les annexes, dans le cas de CORTE, ayant été trouvées cliniquement malades, et l'examen histologique n'ayant pas été fait pour prouver qu'il ne s'agissait pas d'une tuberculose utéro-annexielle. Quant au séro-diagnostic positif, ce résultat peut être dû aux ganglions cervicaux, dont la malade était porteuse, ou en rapport avec son affection utéro-annexielle, et il ne prouve pas du tout qu'il s'agit d'une tuberculose du col.

Dans toutes les formes de tuberculose du col, sauf celle de CORTE, l'élément, pour ainsi dire pathognomonique, commun à toutes, est le follicule tuberculeux, soit typique complet, plus ou moins évolué jusqu'à la caséification, soit atypique.

L'élément lymphoïde et les plasmazellen sont particulièrement abondants et un appel assez important de polynucléaires se produit au lieu où existe une ulcération, par infection secondaire.

ETIOLOGIE

La cause déterminante est le bacille de Koch, qui réalise la lésion du col de la même façon qu'au niveau de tout autre organe.

Les causes prédisposantes sont assez nombreuses. Le terrain favorable est supposé, lorsqu'on trouve des antécédents héréditaires et personnels tuberculeux. Quelquefois, les lésions sont très anciennes : pulmonaires, pleurales, péritonéales, ganglionnaires, cutanées (lupus de la face dans le cas de CHARLANNE) et il est difficile de les découvrir.

L'âge de la malade paraît avoir une influence assez marquée. Les résultats des différentes statistiques se superposent d'une façon remarquable, pour arriver aux mêmes conclusions. Sur 57 cas de BEYEA, où l'âge de la malade fut noté, la proportion est la suivante :

Six cas au-dessous de 20 ans ; 27 cas de 21 à 30 ans ; et le reste au-dessus de 30 ans, dont un à 79 ans. Sur 73 cas de CHATON : 57 cas chez des femmes de 20 à 45 ans ; 11 cas, plus de 45 ans ; 3 cas, moins de 20 ans ; deux fois, moins de 10 ans.

En somme, dans la moitié des cas, il s'agit de femmes entre 20 et 30 ans, en pleine activité sexuelle.

Les infections génitales banales ou gonococciques semblent avoir été fréquemment rencontrées dans les antécédents de femmes atteintes de tuberculose du col, quoiqu'elles manquent dans un bon nombre de cas publiés. Les lésions inflammatoires semblent frayer la voie à la lésion spécifique.

Les traumatismes répétés semblent permettre la fixation plus facile du bacille de Koch, à cause des déchirures et cicatrices qu'ils déterminent. Des expériences faites par certains auteurs semblent justifier l'action prédisposante des traumatismes. C'est ainsi que GUZZONI DEGLI ONCARANI obtient une tuberculose génitale, à la suite d'une injection intra-vaginale de cultures de bacilles de Koch, après avoir préalablement provoqué une irritation de la muqueuse vaginale par la teinture d'iode. Ce résultat avait été négatif sans l'irritation. POPOFF et GOROWITZ ont obtenu des lésions au niveau du tractus génital, après avoir traumatisé la muqueuse.

Des faits cliniques analogues existent. Il faut, à ce sujet, citer surtout les traumatismes obstétricaux. La multiparité deviendrait une cause prédisposante : 6 grossesses dans un cas de BÉGOUIN, 9 grossesses dans une obs. de CHATON. Cependant, la nulliparité se rencontre au moins aussi souvent et la tuberculose du col a été rencontrée chez des vierges.

On a invoqué aussi les premières règles et les premiers rapports sexuels, qui provoquent un surmenage des organes génitaux. De même les troubles menstruels et surtout l'aménorrhée, qui supprime le courant de dedans en dehors du sang, est citée. Normalement, le courant sanguin serait assez intense

pour entraîner les formations tuberculeuses superficielles. La chute épithéliale agirait de la même façon. D'autres auteurs (GRAFENGER) soutiennent, au contraire, que les périodes menstruelles sont particulièrement favorables aux affections inflammatoires des organes génitaux.

Les malformations congénitales semblent constituer également une cause prédisposante.

Elles paraissent être souvent l'apanage d'un organisme en état d'infériorité manifeste vis-à-vis de ceux qui sont normalement constitués. Elles se rencontrent également, en général, chez des sujets chétifs, débiles, aux antécédents héréditaires chargés d'alcoolisme, syphilis ou tuberculose. En somme, les anomalies congénitales seraient le témoin d'un terrain particulièrement prédisposé au développement des maladies de déchéance, telles que la tuberculose. Quant à leur action locale, elle se manifesterait par la rétention sanguine ou séreuse, qui fournit un excellent milieu de culture pour la pullulation des germes et par l'état d'infériorité de l'organe hypoplasé, qui est moins résistant et moins capable de se défendre que les organes normalement développés.

Les tumeurs semblent avoir une action locale analogue à celle des malformations. Il faut, à propos des malformations, citer l'hypoplasie des organes génitaux. D'après PONCET, « la prédisposition des hypoplasées à la tuberculose ne doit pas être rattachée à la chétivité de leur appareil génital, elle vient de ce qu'elles sont déjà tuberculeuses quelque part, l'hypoplasie est elle-même fonction de leur infection ». Et, de la sorte, l'hypoplasie devient l'effet de l'infection bacillaire et la cause de la localisation génitale.

PATHOGENIE

La tuberculose du col est primitive ou secondaire.

TUBERCULOSE SECONDAIRE DU COL. — Elle est considérée comme étant la plus fréquente et survient comme une complication au cours d'une autre tuberculose quelconque. Le point de départ de l'infection du col peut être un foyer, plus ou moins éloigné, au niveau d'un organe de prédilection : poumon, péritoine, os, articulations..., qu'il soit en pleine évolution ou, souvent, plus ou moins latent, paraissant éteint. Ou bien le foyer primitif peut être contigu, alors les organes génitaux supérieurs sont les premiers atteints et l'infection s'étend à la muqueuse corporéale, s'arrêtant le plus souvent à l'orifice interne du col. Cependant, elle peut le dépasser et l'extension des lésions du corps au col est tout-à-fait admise.

L'infection secondaire se fait par voie sanguine ou par voie lymphatique.

Voie sanguine. — Les bacilles de Koch, partis du foyer primitif, sont charriés par le sang jusqu'au niveau des organes génitaux, en empruntant surtout la voie artérielle. VILLEMIN a pu obtenir une salpin-

gite chez la lapine, après injection intra-veineuse de produits tuberculeux. Mais aucun fait expérimental semblable n'est noté pour la tuberculose du col. Cependant c'est cette voie sanguine qui est admise par la plupart des auteurs comme la plus fréquente, aussi bien pour la localisation cervicale que pour la salpingite. L'atteinte isolée du col pourrait s'expliquer dans ces cas, par l'indépendance de son réseau vasculaire (DERVAUX), formé par les artères cervico-vaginales. Ce réseau est en plus peu riche. « Le col est entouré par ses vaisseaux, le corps en est pénétré » (FARABEUF). Ceci pourrait expliquer la rareté des atteintes cervicales en rapport avec celles du corps et des annexes.

VOIE LYMPHATIQUE. — Dans ces cas, la propagation de l'infection se ferait à la suite de lésions péritonéales. D'après POZZI, HOFFMEIER (cités par DANIEL), ces lésions péritonéales seraient une source fréquente de tuberculose utérine.

La tuberculose intestinale pourrait emprunter cette même voie pour arriver à l'utérus, surtout partie de l'appendice et du rectum (VEYRAT). Le cours normal de la lymphe étant de l'utérus vers les ganglions, la voie lymphatique serait surtout en jeu en cas d'adhérences. La voie lymphatique paraît être bien rarement en cause en ce qui concerne la tuberculose du col.

Lorsque l'infection s'étend de proche en proche, de haut en bas (voie descendante muqueuse) les trompes sont lésées les premières, souvent à la suite d'une lésion péritonéale. De ce point, le plus fréquemment atteint, de tout l'appareil génital, les lésions se propagent à l'utérus et arrivent au col. Certaines expériences (PINNER) montrent la possibilité d'une telle

propagation. Des grains colorés, introduits dans le péritoine, sont arrivés dans le vagin, après avoir cheminé à travers les trompes et l'utérus. L'expérience faite avec des bacilles de Koch (MURPHY), chez le singe, n'a pu déterminer que des lésions péritonéales. Cependant, on a trouvé assez souvent, au cours des autopsies, des lésions tubaires avancées, accompagnées de lésions utérines plus récentes.

D'ailleurs, dans ces cas, il s'agit de tuberculose génitale, et la localisation au niveau du col n'a qu'une importance secondaire.

TUBERCULOSE PRIMITIVE DU COL. — La tuberculose du col est primitive lorsqu'elle est due à la fixation du bacille à ce niveau, les autres organes étant indemnes ou présentant des traces de bacillose plus récente. Ceci est difficile à établir cliniquement, et quelquefois même, à l'examen des pièces. Certaines lésions, survenues sur un utérus à la suite d'une grossesse, ou une trompe atteinte de salpingite (CROLL), peuvent présenter, histologiquement, un aspect plus grave qu'une lésion bien antérieure du col. En plus, la muqueuse cervicale est plus résistante, non seulement à la fixation des bacilles de Koch, mais encore à leur développement et à la progression des lésions.

On dit, en général, qu'il s'agit d'une tuberculose primitive du col, toutes les fois que la lésion de celui-ci semble constituer à elle seule toute la maladie. Dans ce cas, il ne peut s'agir que d'inoculation directe, et la voie suivie par l'infection est alors la voie ascendante muqueuse. Plusieurs agents de transport du bacille de Koch sont à envisager.

Le sperme bacillifère paraît être le plus fréquemment en cause. Lorsqu'il y a des lésions génitales (prostate, épидидyme) ou urinaires, chez l'homme, la

présence de bacilles dans le sperme à été démontrée (CALMETTE). Ils se trouvent dans l'urine des sujets atteints de cystite tuberculeuse, dans l'écoulement purulent des prostatites et épидидymites, et infectent ainsi l'urèthre. Le sperme s'en charge au passage. Cependant, on ne les y découvre que très rarement, soit parcequ'ils sont très peu nombreux, soit parcequ'ils sont sous la forme de virus filtrant, fait qui arrive d'ailleurs dans toutes les sécrétions tuberculeuses. L'inoculation au cobaye est pourtant le plus souvent positive.

Dès lors, l'infection chez la femme paraît possible et même indiscutable dans certains cas. Dans plusieurs cas de CHATON, un de CROLL, le mari présentait une épидидymite tuberculeuse. Dans un autre (BOUFFE in DERVILLE), une femme saine avait un mari avec écoulement uréthral tuberculeux. Après six ans de mariage, ulcération du col, un an et quelques mois après, signes pulmonaires.

Enfin, cette voie de propagation a pu être observée chez l'animal. HATSCH (cité par ASTRIE), a vu un taureau franchement tuberculeux contaminer soixante vaches parfaitement saines.

Lorsqu'il s'agit de tuberculose sans localisation génitale, la contamination directe est plus discutable, mais reste cependant possible. Des bacilles de Koch ont été trouvés (CURT JANIS et d'autres) dans les testicules des tuberculeux, sans lésions génitales. Ils étaient toujours en très petit nombre, dans la lumière des canaux séminifères et sous leur épithélium, non altéré, apparemment.

On n'a pas pu en découvrir dans le sperme, mais il semble probable que celui-ci puisse en contenir. Dans le cas de BROUHA, la malade présentait une

tuberculose du col avec intégrité du reste de l'organisme, fait qui écarte l'hypothèse d'une infection secondaire, et avec intégrité des trompes et du col utérin, fait qui écarte la possibilité d'une propagation descendante. Son mari, en échange, présentait une tuberculose pulmonaire.

Les bacilles pourraient enfin se développer seuls ou associés au gonocoque sur la muqueuse uréthrale mâle, déterminant un vrai catarrhe bacillaire ou mixte (SCHUCHART).

En plus, une femme qui cohabite avec un tuberculeux peut avoir d'autres causes d'infection directe, et on a, notamment, cité la salive, qui serait une cause importante de contamination. VEYRAT cite un cas de ce genre dans sa thèse. CROLL en cite un autre dans la *Sienna* (cas de PETIT), qui serait le corollaire du premier, vérifiant, pour ainsi dire, la possibilité de contamination bucco-génitale. Il s'agit d'une femme atteinte de tuberculose génitale, qui a contaminé, par voie buccale, trois hommes en excellente santé. Deux sont morts de tuberculose pulmonaire et le troisième a contracté un adénite cervicale tuberculeuse.

Enfin, la contamination semble pouvoir se faire par des objets souillés : canules, sondes, pessaires, linge, mains, etc... Des cas de ce genre ont été observés, surtout après l'accouchement, où la plaie placentaire pour le corps, les éraillures et déchirures pour le col, serviraient de porte d'entrée. Tel est le cas (obs. HÉGAR) d'une femme, sans tare tuberculeuse, qui a accouché sept fois normalement, et dont le huitième accouchement a nécessité une extraction manuelle du placenta. Dans la suite, elle a présenté une tuberculose utérine.

Quoique les causes d'infection paraissent ainsi être

des plus fréquents, ayant en vue la fréquence relative de la tuberculose génitale et urinaire chez l'homme, et surtout celle de la tuberculose pulmonaire, la tuberculose du col reste cependant rare. Tout en étant le premier à la rencontre des bacilles, ceux-ci, suivant la voie ascendante, se fixent, avec un maximum de fréquence, au niveau des trompes, puis, au niveau de la muqueuse du corps et, exceptionnellement, au col. L'abondance des replis de la muqueuse tubaire et le manque de desquamation de son épithélium, suffiraient pour expliquer cette grande réceptibilité (DANIEL). La muqueuse utérine aurait sa réceptivité augmentée par les traumatismes et les infections. Quant au col, s'il est relativement réfractaire, cela peut s'expliquer par la défense énergique qui a lieu à son niveau et à celui du vagin, à laquelle il faut ajouter le petit nombre de bacilles qui existent, en général, dans les sécrétions infectantes.

La flore du vagin, la réaction acide de ses sécrétions paraissent être défavorables au bacille de Koch. Cependant, d'après ENGELHORN (cité par DANIEL), l'infection serait, au contraire, favorisée par la sécrétion vaginale, qui ne lui serait pas nocive. Le col se défend par son épithélium pavimenteux stratifié, par la chasse sanguine et la desquamation à chaque période menstruelle, et par ses sécrétions abondantes (FORGUE). Cette défense paraît suffisante pour rendre inoffensifs, dans beaucoup de cas, les bacilles tuberculeux, surtout lorsqu'ils sont très peu nombreux, ce qui est l'éventualité la plus habituelle.

Des objections ont été faites à la voie ascendante. D'après FORGUE, l'ascension des bacilles serait entravée par le cours des règles et des sécrétions qui sont descendantes. Mais YOUNG, introduisant des grains de

carmin dans le vagin, les retrouva au niveau des cornes utérines. Ceci se produirait grâce à une aspiration par des contractions anti-péristaltiques, qui aboutissent normalement à l'absorption du sperme pendant l'excitation sexuelle. FRIEDMANN introduisait des bacilles de Koch, après le coït, dans le vagin des lapines, les a retrouvés huit jours après dans les embryons. Le transport pourrait enfin se faire par des leucocytes.

En dehors de la voie ascendante, l'invasion primitive du col pourrait se faire par voie hématogène (DANIEL), par localisation au niveau d'un point affaibli, d'une infection contre laquelle l'organisme se défend bien.

Il semble logique de conclure que l'inoculation directe, tout en n'étant pas très fréquente, existe cependant. Des faits cliniques et expérimentaux nombreux ont été publiés et semblent suffisants pour confirmer la réalité de la contamination directe dans nombre de cas. Dès lors, la question : si la tuberculose du col put être envisagée comme une maladie vénérienne, posée encore récemment par H. ESTOR et R. BATTLE, dans un article du « Sud Médical et Chirurgical », peut être, sinon résolue, du moins discutée avec un certain nombre d'arguments à son appui. La grande majorité des auteurs semblent admettre actuellement que l'inoculation primitive au niveau du col existe et se fait principalement par les rapports sexuels.

Mais l'infection secondaire existe aussi, et, pour beaucoup d'auteurs, non les moins autorisés, paraît être beaucoup plus fréquente. Ce qui plaide en partie pour cette fréquence, ce serait le grand nombre de cas où l'on trouve des antécédents bacillaires et l'analogie entre la tuberculose génitale chez l'homme et

celle des voies urinaires, où l'infection se fait, en général, par voie sanguine.

En somme, toutes les voies d'arrivée du bacille de Koch au niveau du col utérin, sont possibles. Toutes ont été défendues d'une façon convaincante et démontrées par des faits expérimentaux. Il est probable que toutes les modalités soient réalisées cliniquement. Aussi, pourrait-on admettre que la tuberculose du col est, dans un certain nombre de cas, une localisation tuberculeuse, au même titre que celles qui se font au niveau de n'importe quel organe, un foyer qui existe seul ou, le plus souvent, accompagné d'autres, dans un organisme envahi, d'une façon plus ou moins massive ou latente. Dans un autre nombre de cas, elle peut devenir maladie vénérienne, se comporter comme telle, et l'action favorable et même définitivement curative d'une thérapeutique locale vient encore à l'appui de cette manière de voir.

CONCLUSIONS

- I. — La tuberculose du col est une affection rare.
- II. — Sa symptomatologie est très riche, mais les signes sont trop variables pour permettre un diagnostic facile.
- III. — Le principal diagnostic différentiel est à faire avec le cancer, d'autant plus que celui-ci est aussi commun que la tuberculose est rare.
- IV. — La biopsie est souvent le seul moyen de faire le diagnostic.
- V. — La tuberculose du col n'a pas de tendance à la guérison spontanée.
- VI. — Son pronostic dépend de la forme de l'infection, du terrain, de la précocité de la thérapeutique.
- VII. — Le traitement, uniquement local, est suffisant pour les lésions primitives du col, où, assez précoce, il est d'une grande efficacité. Le traitement général est un précieux adjuvant dans les tuberculoses secondaires, essaimées, récidivantes ou généralisées,

VIII. — Au point de vue anatomo-pathologique, la seule forme qu'on puisse identifier macroscopiquement avec certitude, est la forme miliaire, justement la moins fréquente.

Microscopiquement, les follicules de Köster, la présence des bacilles de Koch sur les coupes, sont caractéristiques et pathognomoniques dans toutes les formes de tuberculose.

IX. — La tuberculose secondaire du col est la plus fréquente.

La tuberculose primitive existe, l'apport des bacilles se faisant le plus souvent par voie ascendante, on pourrait l'assimiler, dans certains cas, à une maladie vénérienne.

BIBLIOGRAPHIE

- AHUMALD et PRESTINI. — T. b. c. du col utérin, *Soc. d'Ods. et Gyn. de Buenos-Aires*, 1928.
- AHUMADA et GANDOLFO HERRERA. — T. b. c. du col utérin, *Soc. d'Obs. et Gyn. de Buenos-Aires*, 1928.
- ALLEAUNE. — Rapports de la T. b. c. génitale de la femme avec les malformations et les tumeurs de l'appareil génital, *Thèse Paris*, EPQB.
- ASTRIÉ. — T. b. c. primitive du col, *Thèse Lyon*, 1914.
- BÉGOUIN. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1925, mars.
- BENDER. — *Revue de Gynécologie*, 1911.
- BEYEA. — *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1900, p. 169.
- BONNET et BULLIARD. — T. b.c. du col, *Gyn. et Obstetrique*, 1931.
- BROUHA. — *Rev. de Gynecol. et de Chir. abdominale*, 1902.
- CALMETTE. — *Revue de la T. b. c.*, 1913.
- CAYLA. — T. b. c. du col, *Thèse de Bordeaux*, 1912.
- CHATON. — *Revue de Gynec. et chir. abd.*, 1908.
- CHARLANNE. — *Bull. et Mémoires de la Soc. anat.*, 1920, Bor-
- COTTE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1907.
- CROLL. — T. b. c. utérine primitive, *Thèse Paris*, 1926.
- DANIEL. — La T. b. c. génitale de la femme. *La pratique médicale illustrée*, 1931.

- La T. b. c. du corps de l'utérus, *Gynécologie et Obst.*, 1925, mars.
- DERVAUX. — *Thèse Lille*, 1902.
- DOUAY et IEPUREANO (Mlle). — *Gyn. et Obst.*, 1930.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie*.
- FAURE (J. L.). — *Traité de gynécologie*.
- POLLOSSON et VIOLET. — T. b. c. du col, *Revue de Gyn. et Chir. abd.* 1906.
- SCHUTT. — *Gazette des Hôpitaux*, 1907.
- VEYRAT. — Etude sur l'étiologie, pathogénie et anatomie pathologique de la T. b. c. du col, *Thèse Paris*, 1926.
-

En ma qualité de Censeur
de Tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

La tuberculose du col utérin.

par Madame STEFANESCU
née PEUCOFF

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 5 décembre 1933.

Le Professeur,
LAPEYRE.

Vu :

Montpellier, le 6 décembre 1933.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 7 décembre 1933

Le Recteur,
TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

